

障害児支援利用計画(セルフプラン)

市川市

ふりがな			年 月 日	住所・電話番号	(- -)
児童氏名	男・女	生年月日	歳 月		
保護者氏名		所 属	在 宅 ・ 保育園 幼稚園	計画作成日	年 月 日
障害程度区分	なし・あり ()		小・中・高 支援学校	年 支援学級	計画作成者
受給者証番号			※利用中の児童発達支援・放課後等デイサービスの事業所名		
学校や家庭で困っていることは何ですか					
どんな風に生活できたらいいと思いますか(希望する生活)					

希望する生活のためにいつまでに何をしますか	
希望する生活を送るために何をしますか(提供される福祉サービスの利用により解決される内容)	いつまでに (目標時期に <input checked="" type="checkbox"/>)
	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他()

利用する福祉サービス等		
種類 (サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量 (頻度・時間)	サービス提供事業者名 (担当者名・電話番号)
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(重心) <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 重心) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(重心) <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		
<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援		
<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
<input type="checkbox"/> その他()		

その他留意事項(配慮してほしいこと)	
--------------------	--

※書類提出後の返却・コピーはできませんので、必要に応じてコピーを取り保管してください。

※記入例【児童発達支援】

障害児支援利用計画(セルフプラン)

市 川 市

ふりがな	いちかわ たろう		生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		住所・電話番号	市川市八幡1-1-1 (047-300-0000)	
児童氏名	市川 太郎	男・女		○ 歳 ○ 月				
保護者氏名	市川 一郎		所 属	在宅・ ○○○		計画作成日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
障害程度区分	なし あり ()			小・中・高 支援学校 年 支援学級			計画作成者	市川花子 母 続柄
受給者証番号				※利用中の児童発達支援・放課後等デイサービスの事業所名				
学校や家庭で困っていることは何ですか	・トイレがまだ1人でできない。 ・言葉はでてきたが、会話にならない。 ・嫌なことがあるとかんしゃくを起こす。							
どんな風に生活できたらいいと思いますか(希望する生活)	・身の回りのことが1人でできるようになるといい。コミュニケーションができるようになるといい。							

希望する生活のためにいつまでに何をしますか	
希望する生活を送るために何をしますか(提供される福祉サービスの利用により解決される内容)	いつまでに (目標時期に <input checked="" type="checkbox"/>)
児童発達支援事業を使って本人が出来ることを増やしてあげれば、家での生活もしやすくなると思う。	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他()

利用する福祉サービス等		
種類 (サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量 (頻度・時間)	サービス提供事業者名 (担当者名・電話番号)
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(重心) <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 重心) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(重心) <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> その他()	週5日(月～金) 10:00から14:30まで	児童発達支援事業所○○○ (047-300-0000) 担当:田中さん

その他留意事項(配慮してほしいこと)	
--------------------	--